



AMPTA - Le Fil Rouge

ALCOOL GROSSESSE ET PERINATALITE
JOURNEE DU 15 AVRIL 2011

Matinée

Présentation de la journée et problématisation

Jean Jacques SANTUCCI - Directeur AMPTA

Olivier THOMAS - Chef de service AMPTA-----page n°2

Risques pédiatriques induits par la consommation d'alcool par une femme enceinte

Pr. Claude LEJEUNE - Pédiatre, néonatalogiste, Hôpital Louis Mourier Colombe, Université Paris Diderot 5-----page n°3

Alcool et grossesse : quel espace pour l'intervenant ?

Dr Marjo TABOADA - Psychiatre et coordinatrice du DAPSA (Dispositif d'Appui à la Périnatalité et aux Soins Ambulatoires-----page n° 59

Après-midi

La communication d'avant le langage chez le petit d'Homo-sapiens

Docteur Michel DUGNAT - Pédopsychiatre à l'Unité Parents/Enfants (Service de psychiatrie infanto-juvenile - Pr François Poinso, Hôpital Sainte Marguerite, Marseille-----page n°65

Et maintenant qu'est-ce qu'on fait ? Quelles préventions ? Quelles prise en charge ? Quelles recherches ? Et si on y réfléchissait ensemble !

Equipe du Fil Rouge -----page n°71

Présentation de la journée et problématisation

Jean Jacques SANTUCCI - Directeur AMPTA

Olivier THOMAS - Chef de service AMPTA

Au nom de toute l'équipe du Fil Rouge je vous souhaite la bienvenue pour cette journée de travail autour de cette problématique qui nous réunit :

« Alcool, grossesse et périnatalité »

Je me réjouis de vous voir aussi nombreux, (nous avons dû refuser du monde). Vous venez en majorité de Marseille mais aussi du département, et même de la région.

Vous travaillez en PMI, en MDS, en maternités, en crèche, en CAMSP, en CMPP, en AEMO, en CHRS, en Equipe de liaison, en service de périnatalité, et en CSAPA.

Une petite remarque concernant les CSAPA, ceux de Marseille (à part celui de l'AMPTA) sont peu représentés. Pas intéressés ? Nul n'est prophète en son pays ?

Il y a quelques temps Jean Jacques Santucci me faisait part d'une remarque de Jean Ebert pendant une réunion à la DGS. Jean Ebert demandait à ce que la prévention de l'alcoolisation fœtale soit inscrite comme une des missions des CSAPA.

Après la bienvenue, les remerciements au professeur Claude Lejeune, au Docteur Michel Dugnat et au Docteur Marijo Taboada pour avoir accepté de venir travailler avec nous aujourd'hui.

L'exposition prénatale à l'alcool constitue l'une des causes premières de malformations congénitales évitables et de retard du développement chez les enfants. Le phénomène est peu connu de la population et de nombreux professionnels ne se sentent pas suffisamment concernés. La prévention de l'exposition à l'alcool pendant la grossesse revêt donc un caractère d'urgence. Entre le silence partagé et la dramatisation excessive des risques, quelle est la place pour un discours de prévention simple et non culpabilisant ?

Quel accompagnement proposer, dans un contexte où la dangerosité de leur comportement est désignée, à ces femmes enceintes qui ne parviennent pas ou ne souhaitent pas s'abstenir de boire ?

Quelles sont les conséquences en périnatalité d'une alcoolisation fœtale et quelles prises en charges proposer à ces mères, à leurs enfants, aux pères de ceux-ci ?

Le Fil Rouge, Equipe Mobile de Prise en Charge Parentalité-Addictions de l'AMPTA vous propose de réfléchir aux enjeux de cette problématique pour les futures mères, les mères, les pères, pour les enfants, et pour les professionnels qui les accompagnent. Cette journée sera largement ouverte aux échanges d'expériences, aux débats et aux propositions de travail.



Ensemble des Troubles Causés par une Alcoolisation Foetale Fetal Alcohol Spectrum Disorders

ampta Marseille 15 avril 2011

Claude LEJEUNE
Service de Néonatalogie
Hôpital LOUIS
MOURIER COLOMBES



**Et Groupe d'Etudes
Grossesse et Addictions
(G.E.G.A.) Et SAF-France**



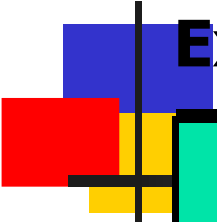
C LEJEUNE SAF 2011

1

TENDANCES 2000-2005:

BEH 25 mars 2008: Les usages de drogues des adolescents et des jeunes adultes entre 2000 et 2005, en France

Expérimentation à 17 ans: ESCAPAD 2005 OFDT



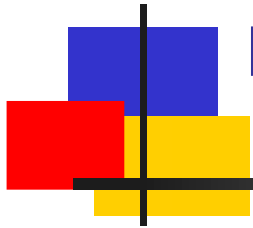
	Garçons (n=14 935)	Filles (n=14 458)	Ensemble (n=29 393)	Sex ratio
Alcool	93,4	91,2	92,3	1

**Alcool: consommation globalement stable
mais augmentation +++ des ivresses
alcooliques de 2003 à 2005**

à 17 ans, 60% $\geq$ 1 fois ivre

= « *binge drinking* »

La consommation de substances psychoactives pendant la grossesse : enquête de prévalence dans un département (Hauts de Seine) et morbidité associée

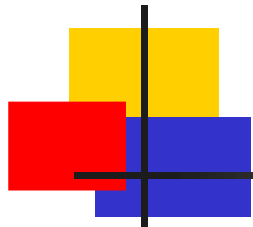


**Agnès Dumas, CERMES3 (INSERM-CNRS-
Thèse de Doctorat en Sociologie
Université Paris Descartes, EHESS)**

**Laurence Simmat-Durand, CERMES3, GEGA
Claude Lejeune, Paris Diderot, GEGA
Réseau Périnatalité 92 Nord, Réseau Périnat 92 Sud**

PREVALENCE DES CONSOMMATIONS ET COMPARAISON

	ESPAG		
Alcool (≥ 1 fois)	38,7 % pendant toute la grossesse		
Pic d'alcoolisation (≥ 1 fois)	14,1 % Au 1 ^{er} trimestre ≥ 4 verres par occasion		
Tabac et alcool	10,4 % pendant toute la grossesse		

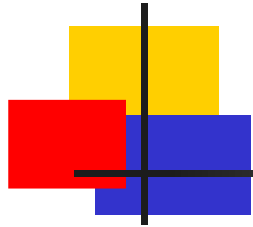


2 résultats centraux :

A - Clivage net : Alcool bu par les + riches vs. tabac et cannabis fumés par les + pauvres

B - La prévision de la grossesse ressort de manière transversale pour toutes les substances : les consommatrices ont toutes moins souvent prévu leur grossesse

Risques pédiatriques après exposition in utero à l'alcool : *découverte ou redécouverte ?*



- Aristote
- La Bible ...

- **P. LEMOINE 1968 publication passée inaperçue et fort critiquée:**

LEMOINE P, HAROUSSEAU H, BORTEYRU JP, MENUET JC. Les enfants de parents alcooliques. Anomalies observées. A propos de 127 cas. Quest Med 1968 ; 8 : 476-82.

- **JONES et SMITH 1973 dans le Lancet ...**

JONES KL, SMITH DW. Recognition of the fetal alcohol syndrome in early infancy. Lancet 1973 ; 2 : 999-1001.

- **Anne STREISSGUTH à Seattle ...**
Maurice TITRAN et Philippe DEHAENE
à Roubaix ...



ALCOOL.....



= le produit psycho-actif le plus dangereux pour le fœtus

TERATOGENE +++

**perturbe gravement le développement du
du cerveau fœtal :**

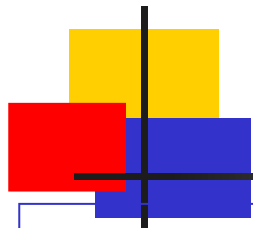
- **SAF complet...**
- **Et/ou troubles du développement cognitif et comportemental pouvant être isolés et découverts tardivement = enfants, ados et adultes ± handicapés.**

SAF : Syndrome d'Alcoolisation Foetale (complet)

FAS : Fetal Alcohol Syndrome

ETCAF : Ensemble des Troubles causés par une Alcoolisation Foetale

FASD : Fetal Alcohol Spectrum Disorders



SAF complets
1 à 3/1000

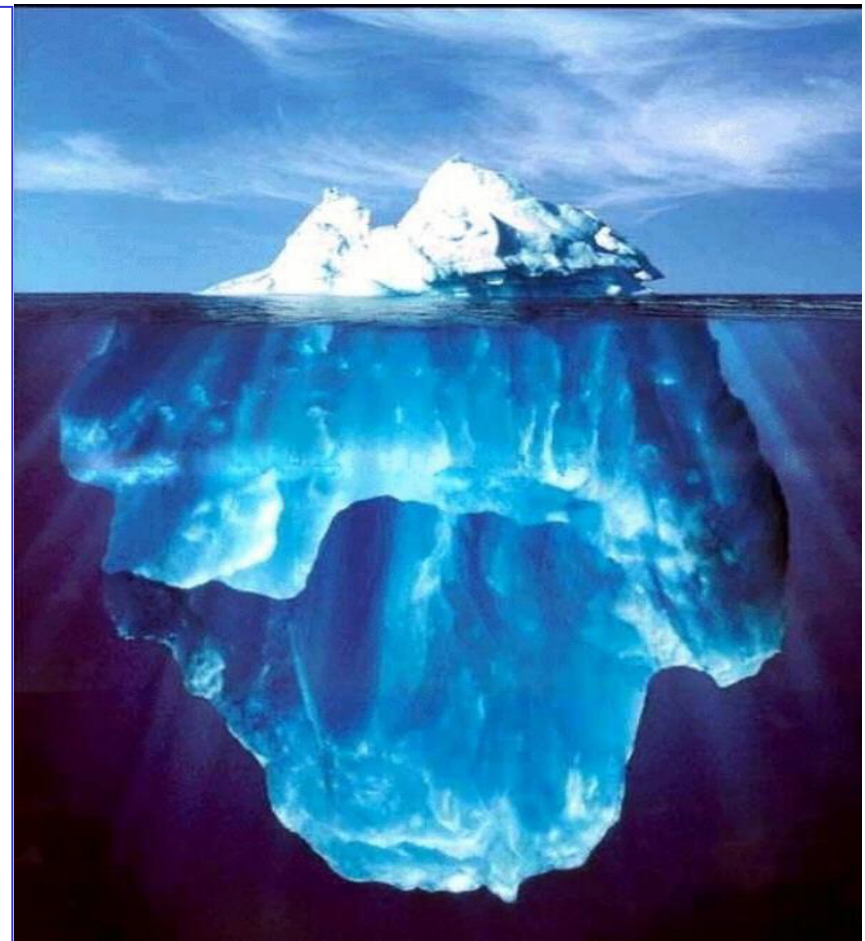
Syndrome
Alcoolisation Foetale



1/100

SAF partiels:

- **Alcohol Related Neurodevelopmental Disorders**
- **Alcohol Related Birth Defects**



8

Relation dose/effets : DIFFICULTES METHODOLOGIQUES



□ Mesure de l'exposition:

Pas de test biologique objectif (FAEE dans le méco ?)

Recueil rétrospectif et déclaratif: sous déclaration déni...«verre» = 10 (8-14) g d'alcool ...à domicile !!

1ml d'alcool pur = 0,8 g

1 verre français = 10 g d'alcool = 12,5 ml d'alcool pur

Consommation journalière / cuites:

14 verres/sem = 2/j ou en 1 soirée ?

Femmes enceintes abstinentes: avant la conception ou à la découverte de la grossesse?

□ **Polyconsommations:** +++ tabac et autres produits.

□ **Puissance statistique** selon les effectifs de la cohorte:
fortes consommations rares et nécessité d'énormes cohortes pour pouvoir détecter l'effet de faibles consommations.

ALCOOL : *danger +++*

Relation dose / effet



□ EFFET FOETAL :

- dose/dépendant, mais modulé par une sensibilité individuelle variable,

- précoce et continu pendant toute la grossesse

+++ PICS D'ALCOOLEMIE

- perturbe +++ le développement du cerveau foetal

□ ARRET DE L'ALCOOL :

- pendant = amélioration du pronostic

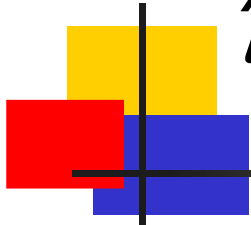
- avant = enfant normal après un aîné SAF



11

COHORTE d'HELSINKI :

AUTTI-RAMO I. Twelve-year follow up of children exposed to alcohol in utero. Dev Med Child Neurol 2000;42: 406-11.



82 femmes enceintes

- **140 g d'alcool / semaine**
- **= 14 VF/sem**

3 groupes:

1= que T1

2= T1 et T2

3= toute la grossesse

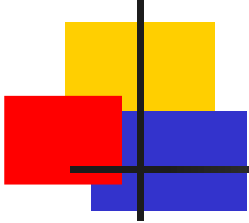
Devenir à 12 ans:

Groupe	1	2	3
Revus à 12 ans	22/29	24/27	24/26
Marche seul à 1 an *	35%	21%	0
Retard psycho- moteur	0	21%	38%
Placement ou adoption	9%	52%	83%
Scolarité perturbée	18%	25%	33%

Développement (en semaine)

* Système nerveux central

■ Risque accru ■ Susceptibilité moindre



ANOMALIES CEREBRALES

MALFORMATIONS

= 1^{er} trimestre

+++ moment de la prise

- agénésie du corps calleux
- dysgénésies du cervelet, du tronc cérébral
- Holoprosencéphalie spina,...

ANOMALIES DE LA MORPHOGENESE

CELLULAIRE:

= toute la grossesse

- Augmentation de l'apoptose neuronale
⇒ au maximum microcéphalie
- Perturbation de la migration neuronale
+++ zones frontales



SAF : relation dose / effets

- Dans les grandes cohortes, la gravité des anomalies foetales et des troubles cognitifs ultérieurs est corrélée à l'intensité et à la durée d'exposition foetale à l'alcool

STREISSGUTH AP , ... Alcohol Clin Exp Res 1994 ; 18 : 202-18.

Corrélation +++ dose / effet pour les troubles cognitifs à 14 ans

+++ épisodes d'alcoolisation aiguë

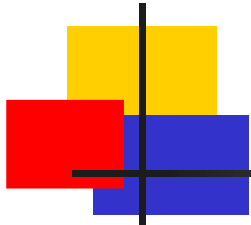
+++ pics d'alcoolémie

- Mais pas de prédictivité individuelle
- Sans seuil minimum sans aucun risque

MILLS JL , ... JAMA 1984 ;252 : 1875-9 .

Augmentation S taux RCIU pour 1 verre/jour vs abstinentes

SAYAL K, ... Pediatrics 2007;119: e426-34.
Dans le cadre d'une grande étude
épidémiologique prospective anglaise, en zone
urbaine et rurale.



20 mois - consommation d'alcool au 1^{er} trimestre
4038 femmes enceintes abstinentes
et 3626 < 1 V/sem

⇒ augmentation S score **SDQ**
à 4 et 6 ans en analyse multivariée
surtout chez les filles

Strengths and Difficulties Questionnaire = par parents et instit.

- hyperactivité et troubles de l'attention***
- troubles des conduites***
- troubles émotionnels***
- difficultés de relations avec les pairs.***

SAF : relation dose/effet ? = pas de consensus

■ **SAF complet = fortes consommations.**

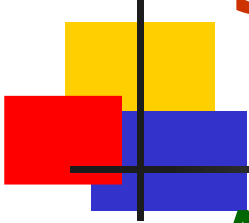
- **Risque prouvé si $\geq(1?)$ 2 verres /j et cuite(s?) (> 5 verres/occasion)**
pour le développement cognitif et les fonctions exécutives, et quelques malformations.

- **Données discutées pour les faibles expositions prénatales à l'alcool :**
hyperactivité/troubles de l'attention?

mais +++ sensibilité individuelle variable des femmes enceintes et des foetus

**ET IMPOSSIBILITE DE DEFINIR UNE DOSE SEUIL
SANS AUCUN RISQUE**





SAF : PREDISPOSITION GENETIQUE

- **Asymétrie d'atteinte chez les jumeaux hétérozygotes.**
- **Atteintes foetales variables pour des niveaux de consommation comparables.**

- **Influence du polymorphisme génétique des alcool-déshydrogénases:**
 - JACOBSON 2006: effet protecteur complexe de l'allèle ADH1B*3: corrélation conso pendant grossesse / PN et PCN seulement si femme ADH1B pas 3.**
 - BOYLES 2010: l'augmentation de l'incidence des fentes palatines après exposition in utero à l'alcool n'est significative que pour les femmes et foetus présentant le génotype de la forme lente de l'alcool-déshydrogénase.**



exposition prénatale à l'alcool

Pas d'effet

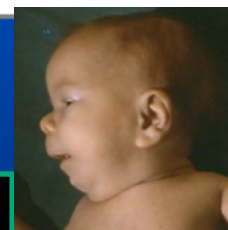
SAF partiel

SAF complet

Décès in
utero

Malformations
liées à l'alcool

Anomalies neuro
développementales
liées à l'alcool



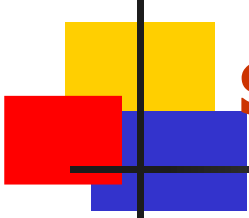


FASD:

circonstances diagnostiques:

CHUDLEY AE, et al. FASD: canadian guidelines. CMAJ 2005; 172: S1-21.

- **Consommation connue d'alcool pendant la grossesse (+ + + cuites) ⇒ surveillance foetale et néonatale**
- **Diagnostic échographique de RCIU et/ou malformations**
- **Mort foetale in utero**
- **Evidence clinique d'un SAF complet néonatal**
- **Malformations ...**
- **Trouble des apprentissages, hyperactivité/troubles de l'attention, anomalies des fonctions exécutives pendant l'enfance**
- **Adolescents et adultes avec retard neuro-développemental et des troubles des fonctions sociales adaptatives et exécutives, addictions, ...**



SAF : DIAGNOSTIC ANTE-NATAL

signes échographiques foetaux

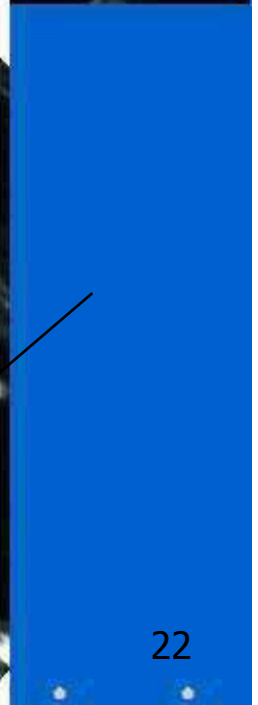
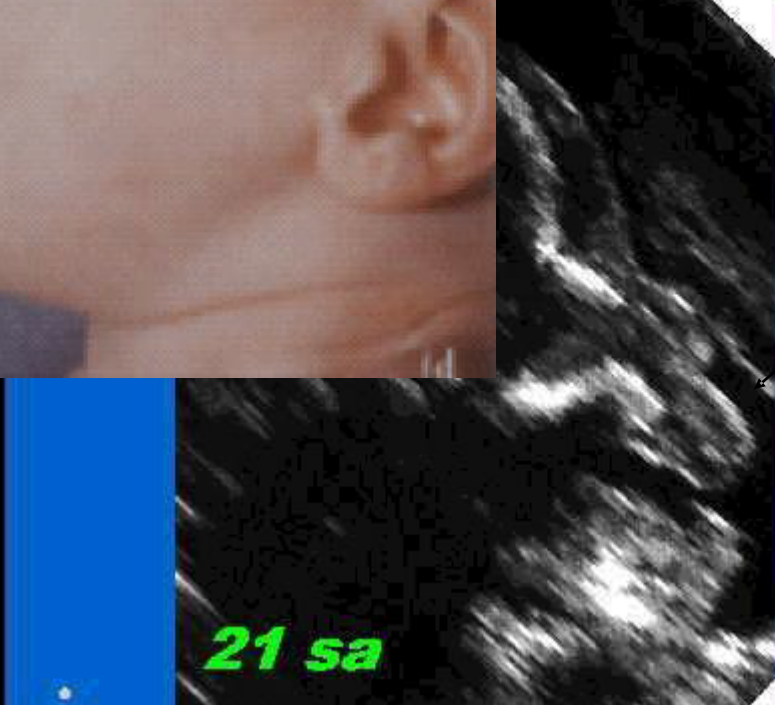
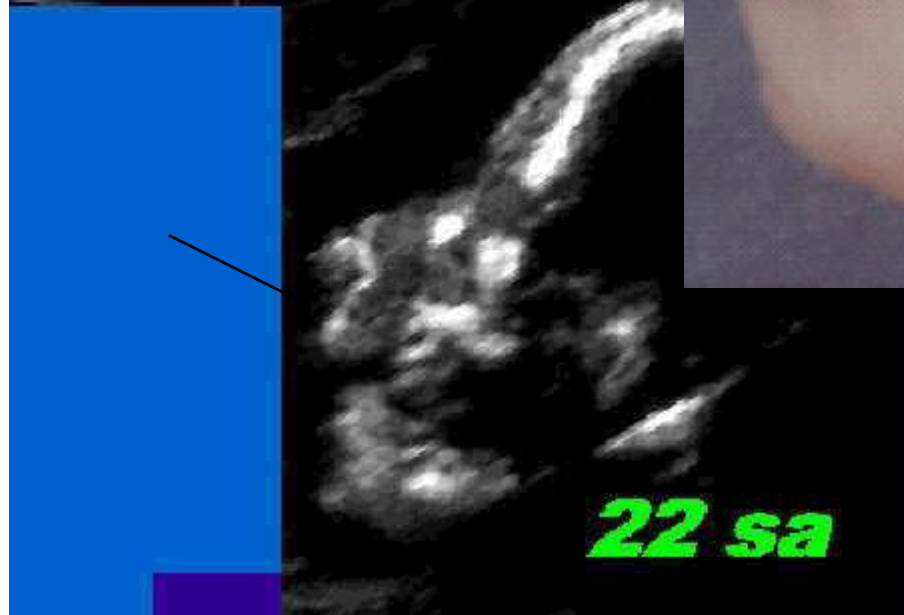
JOUITTEAU B , ... (La Rochelle) Méd Foet Echo Gynéc 2001 ; 47 : 11-5 .

LEVY R , ... (Brune) Méd Foet Echo Gynécol 2001 ; 47 : 16 .

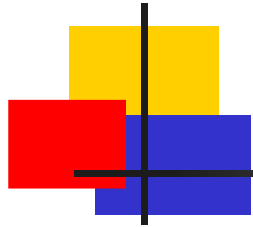
SUBTIL D , ... (Roubaix) J Gynecol Obstet Biol Reprod 2002 ; 31 : 207 .

- **RCIU précoce** sans oligoamnios ni anomalies Doppler
- **+++ longueur du fémur < 10e %** dès le 2e trimestre
- **PC < 10e voire < 3e % = +++ pronostic.**
- **Dysmorphie faciale :**
 - ++ lèvre supérieure fine , philtrum bombant ensellure nasale.**
- **Recherche de malformations:** cardiaques,
agénésie du corps calleux.

Philtrum long et bombant



SAF complet = *par définition:*



- **Consommation maternelle d'alcool documentée.**
- **ET dysmorphie faciale typique.**
- **ET RCIU:
PN et TN < 10e percentile/AG**
- **ET évidence d'anomalies du système nerveux central = microcéphalie, malformations cérébrales, anomalies neuro-sensorielles.**



SAMPSON PD, STREISSGUTH AP, ...

Teratology 1997; 56: 317-26.

The Face in Fetal Alcohol Syndrome

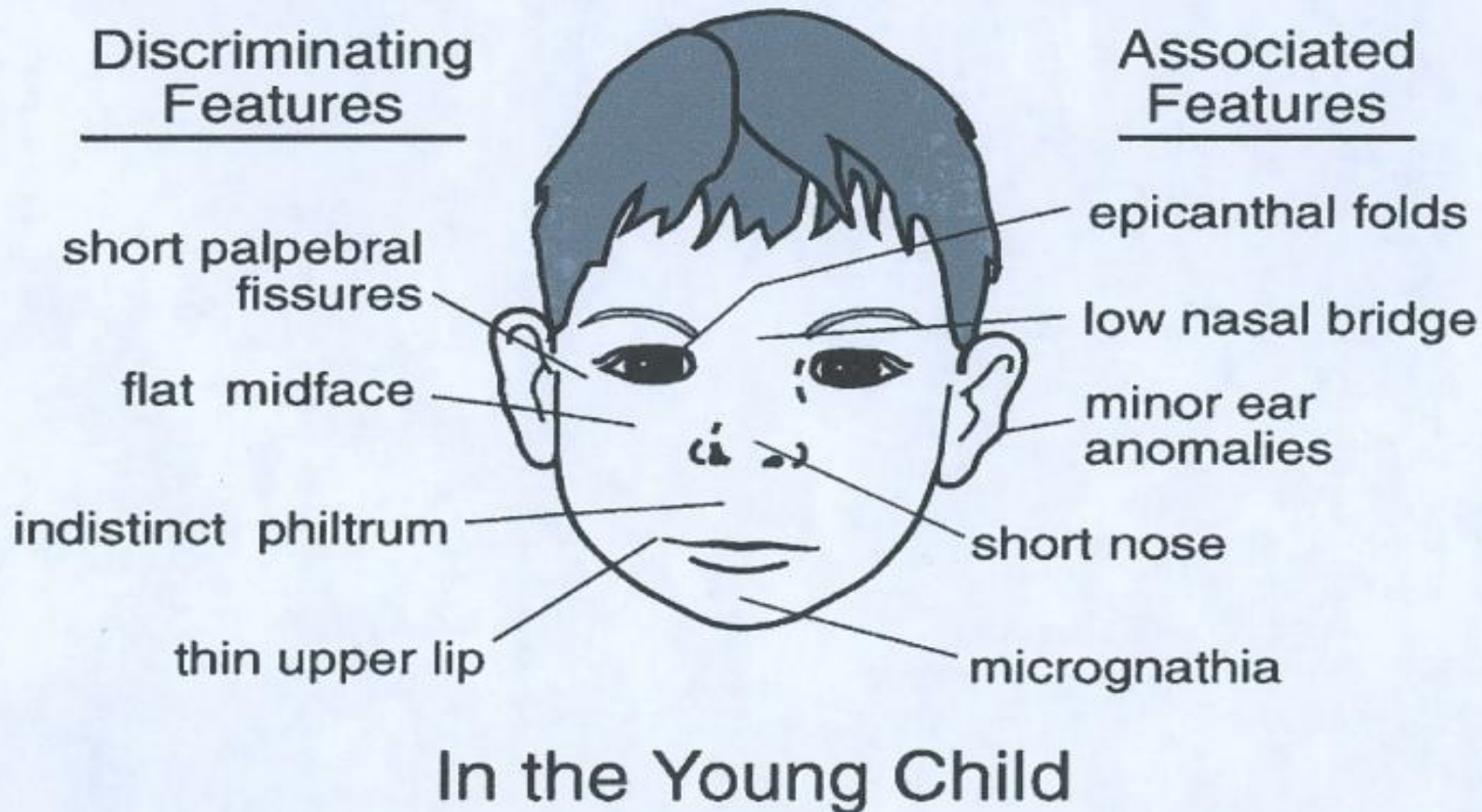


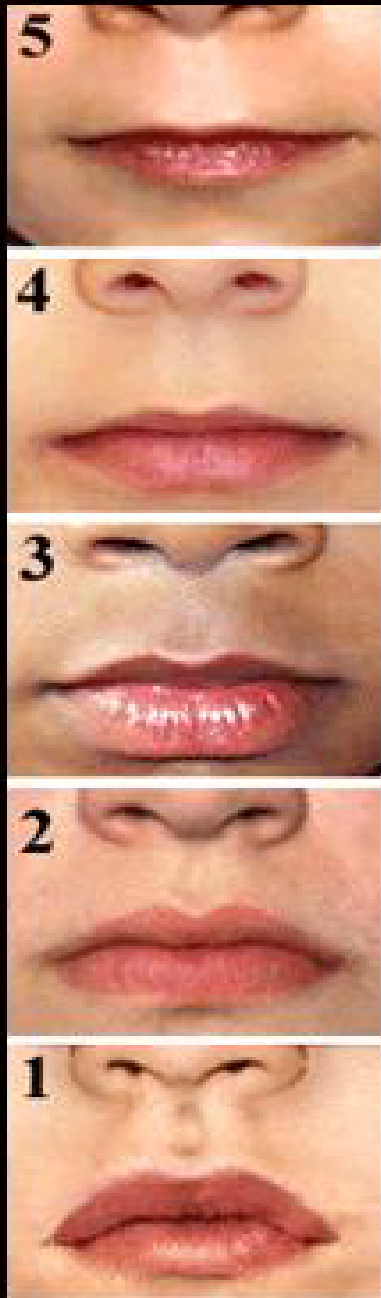
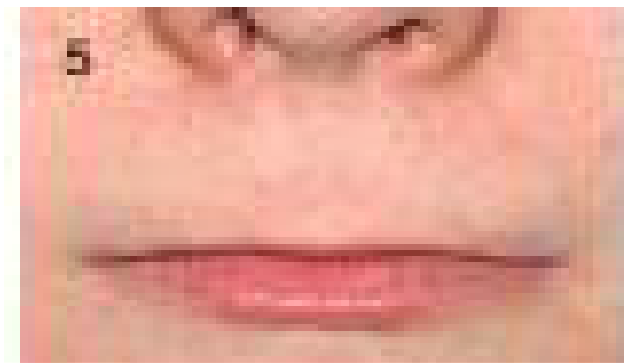
Fig. 1. The face in fetal alcohol syndrome.

Dysmorphie faciale SAF

Signes caractéristiques

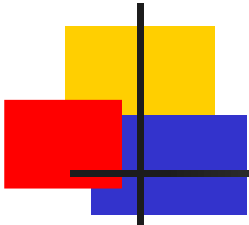
Le raccourcissement des
fentes palpébrales

L'aplatissement
ou lissage du
sillon naso-labial,
L'amincissement
du vermillon de la
lèvre supérieure

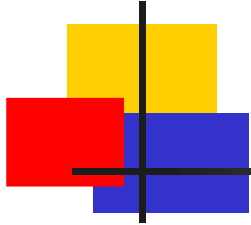


Lip-Philtrum Guide

Dysmorphie faciale SAF



Dysmorphie faciale SAF



SAF partiels

avec consommation maternelle confirmée

- **ARND = Alcohol Related Neurodevelopmental Disorders :**

- malformations cérébrales
- anomalies cognitives et comportementales pouvant être isolées et de diagnostic tardif.

- **ARBD = Alcohol Related Birth Defects:**

- malformations isolées ou pas
- Neuro : . . .
- Cardiaques : CIV , CIA TGVx , F4.
- Rénales.
- Orthopédiques : thorax , synostose radio- cubitale,...
- Fentes palatines.
- Angiomes multiples.
- etc ...

SAF PARTIELS :



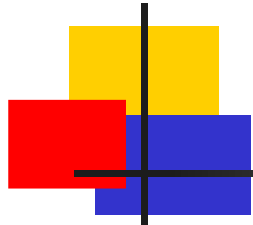
- Dysmorphie faciale inconstante.
- Troubles de croissance modérés , voire réversibles.
- QI pouvant être normal

MAIS :

MATSON SN , ...

***Heavy prenatal alcohol exposure with or without physical features of fetal alcohol syndrome leads to IQ deficits .
J Pediatr 1997 ; 131 : 718-21 .***

47 enfants fortement exposés à l'alcool in utéro	% QI > 90	QI moyen à 4-16 ans
34 SAF complets	18 %	75
13 sans signes de SAF	38 %	85
47 témoins non exposés	100 %	> 100



SAF : devenir à long terme

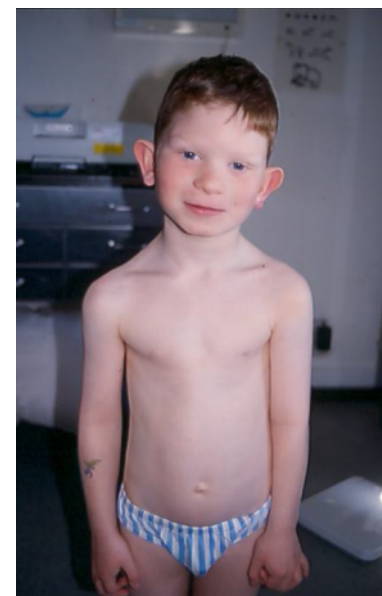
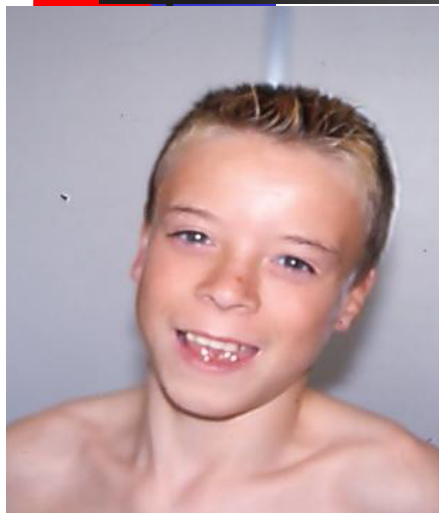
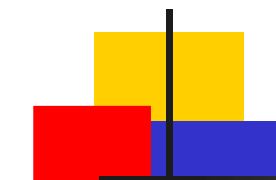
*LEMOINE P , LEMOINE PH . Avenir des enfants de mères alcooliques :
étude de 105 cas retrouvés à l'âge adulte
Ann Pédiatr 1992 ; 39 : 226-35 .*

- **Atténuation progressive de la dysmorphie:** visage plutôt allongé, hypertrophie du nez et du menton.
- **Ou persistance de la dysmorphie néonatale.**
- **Persistance du retard statural selon la gravité initiale, s'atténuant souvent après 18 mois**
- **Persistance du retard mental et des troubles de la socialisation +++troubles des fonctions exécutives
critère +++ = PCN et évolution du PC
la microcéphalie persiste le plus souvent.**



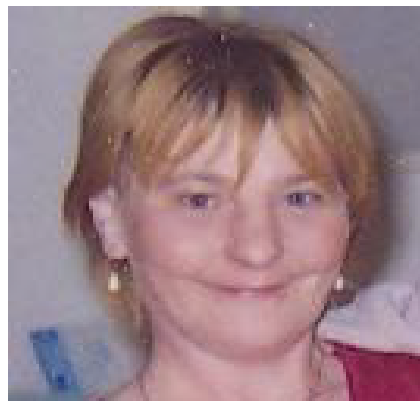
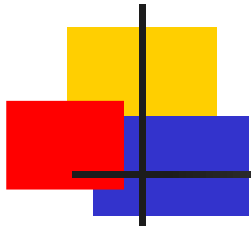
ADOLESCENTS ET ADULTES SAF

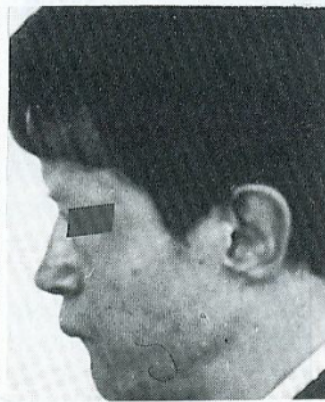
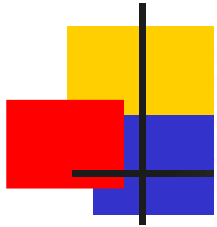
Les particularités du visage changent avec l'âge



ADOLESCENTS ET ADULTES SAF

Les particularités du visage changent avec l'âge

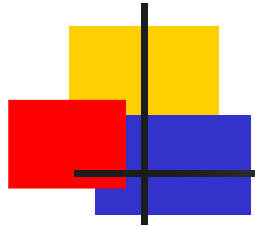




à 1 jour et 28 ans

à 4 ans et 20 ans

COHORTE de SEATTLE



STREISSGUTH AP,... Alcohol Clin Exp Res 1994; 18: 202-18.

500 NN exposés in utero à l'alcool

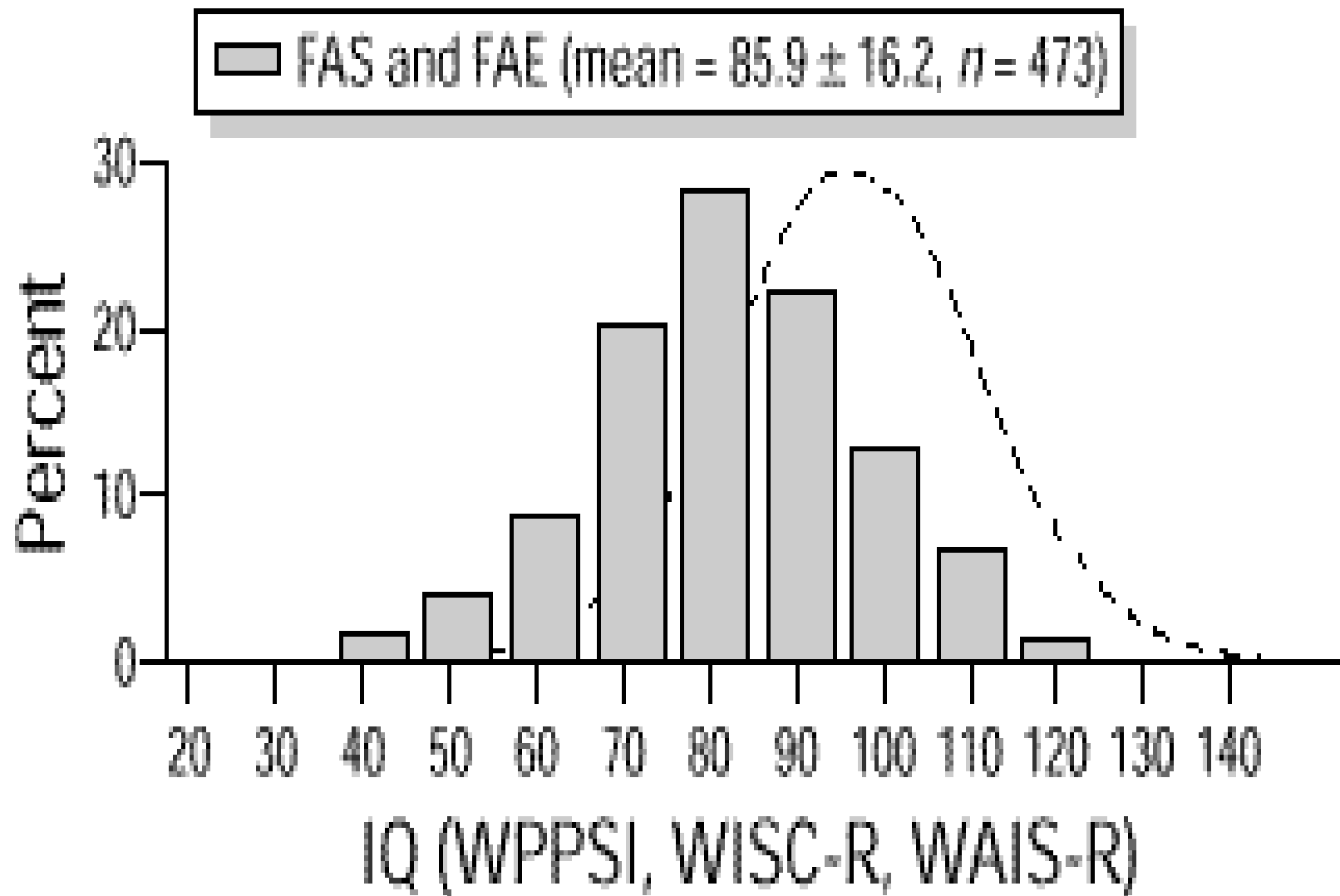
Suivis depuis 1974 ; 82% revus à 14 ans

- score d'alcoolisation à 13 variables
- score de développement à 52 variables
- études multivariées prenant en compte 150 f. confondants.

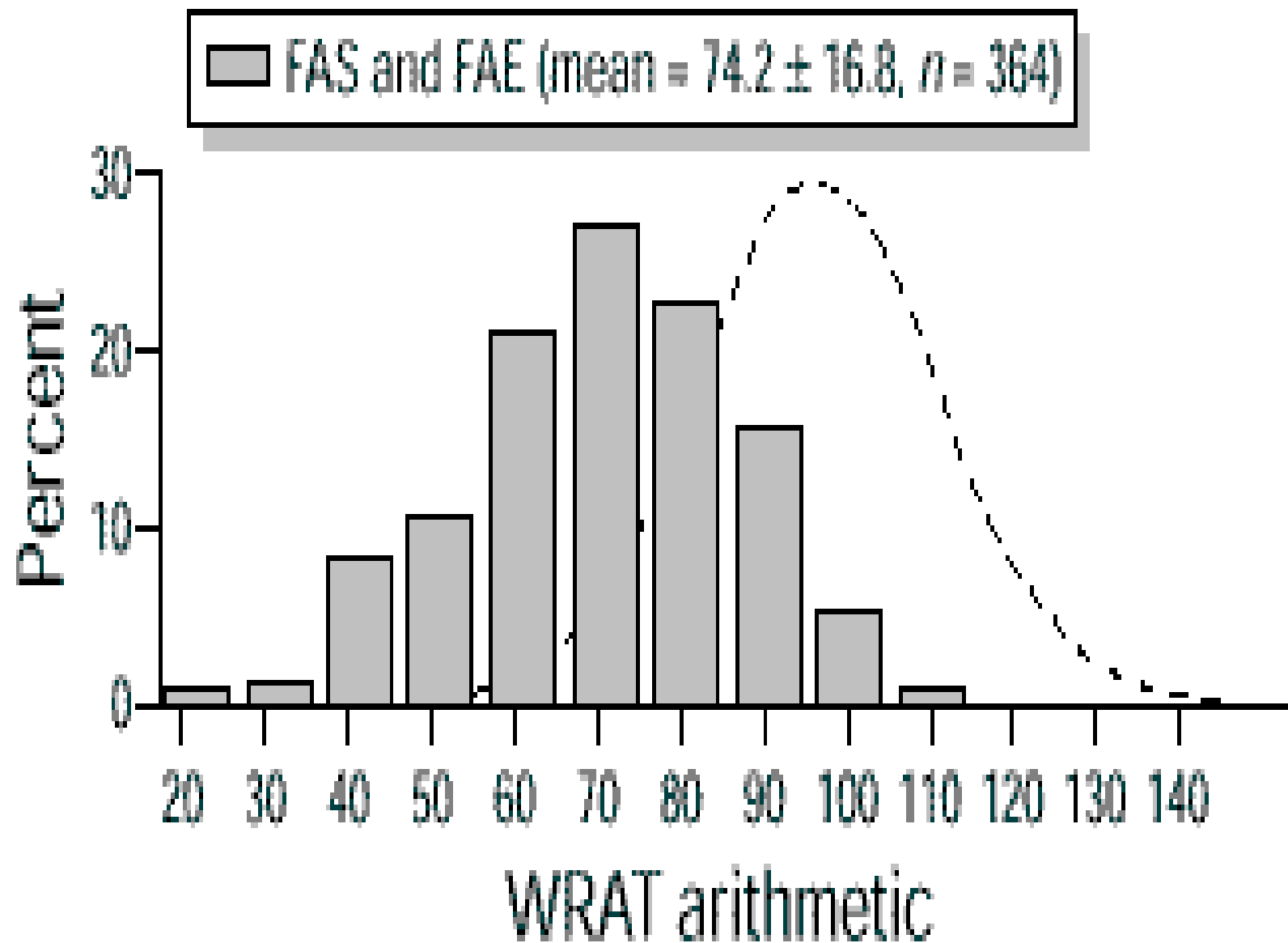
14 ans:

- **90% de retard mental et de problèmes d'insertion professionnelle**
- **60% de délinquance**

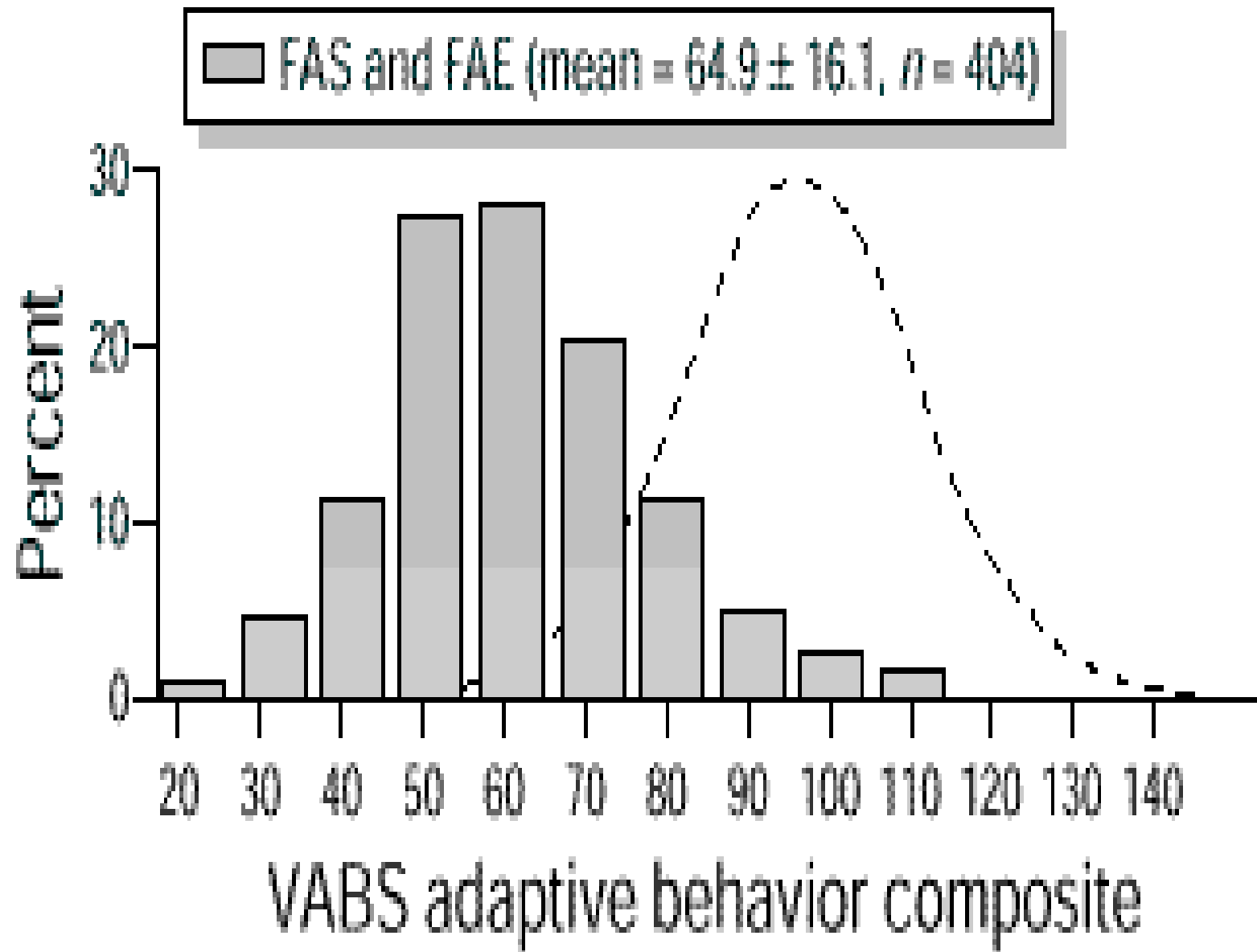
79% des adultes n'ont pas de métier stable



Streissguth et al. 1991



Streissguth et al 1991



Streissguth et al. 1991

STREISSGUTH AP,.. Risk factors for adverse life outcomes in fetal alcohol syndrome and fetal alcohol effects.

J Dev Behav Pediatr 2004; 25: 228-38.

**Fetal Alcohol Follow up Study: 415 inclus 1972-95
155 SAF + 260 EAF - dont 90 >21 ans - <20% avec leur mère.**

« Adverse life outcomes »:

- **Anomalies du comportement sexuel = 40-50% >9 ans**
- **Scolarité interrompue = 61% > 12 ans**
- **Problèmes judiciaires = 60% > 12 ans**
- **« Confinement » (prison ou hop psy) = 50%**
- **Abus d'alcool et/ou drogues = ados 29%, adultes 46%**

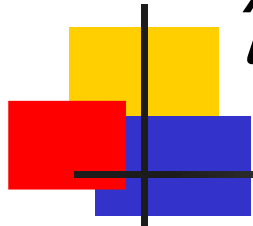
+++ facteurs d'environnement - exemple:

Fort % de vie en milieu instable = OR x 4.67 troubles scolaires

Pronostic plus grave si Dg tardif +++

COHORTE d'HELSINKI:

AUTTI-RAMO I. Twelve-year follow up of children exposed to alcohol in utero. Dev Med Child Neurol 2000;42: 406-11.



82 femmes enceintes
> 140g d'alcool /semaine = 14 VF/sem

3 groupes: 1= que T1
2= T1 et T2
3= toute la grossesse

Devenir à 12 ans:

*: 44% dans le groupe témoin des mères abstinentes

**: SAF = 4/10

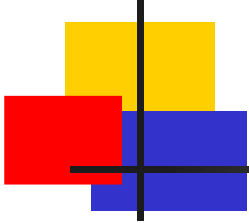
FAE = 9/16

ARND = 8/15

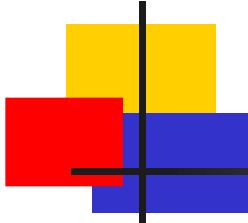
troubles de croissance = 4/10

Groupe	1	2	3
Revus à 12 ans	22/29	24/27	24/26
Marche seul à 1 an *	35%	21%	0
Retard psycho- moteur	0	21%	38%
Placement ou adoption	9%	52%	83%
Scolarité perturbée	18%	25%	33%
Consultations pour tr du comportement **	32%	46%	45%
≥ 1 parent DCD en prison	2% 0	6% 1%	3% 7%

SPOHR HL, WILLMS J, STEINHAUSEN HC. Fetal alcohol spectrum disorders in young adults. J Pediatr 2007; 150: 175-9.

- 
- **37 SAF et EAF revus à 20 ans**
 - **Changements morphologiques:**
 - microcéphalie de 97 à 49% corrélée à QI bas
 - retard de croissance de 89 à 38%
 - mais persistance partielle de la dysmorphie
 - **+++ difficultés de scolarisation: 49% en éducation spécialisée
38% niveau primaire
13% secondaire**
 - **Seulement 13% avec un travail « normal » malgré des formations**
 - **27% en institution; 37% assistés; 16% dans leur famille; 8% en couple**
 - **Troubles de l'attention, agressivité, délinquance.**

**Très faible proportion avec une vie adulte
« normale » autonome**



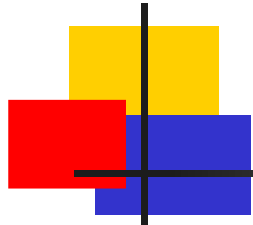
Recommandations 2002 de la Société Française d'alcoologie

- Diffusion au grand public du **caractère tératogène de l'alcool**
- Pas de dose seuil inoffensive : **abstinence recommandée.**
- **Soutien médico-social et alcoologique** pour les femmes enceintes alcoolo-dépendantes = réseau de soins .
- **Formation des professionnels** de la Périnatalité au repérage et à la prise en charge des femmes enceintes ayant des consommations à risque.
- **Développement de dispositifs de prise en charge des enfants** ayant été exposés in-utero à l'alcool

+++ CAMSP

ALCOOL ET GROSSESSE

Prévention:



CE DANGER EST PEU CONNU

du grand public

et de beaucoup de professionnels

PEU RECHERCHE ET PEU EXPLIQUE

aux femmes enceintes

mais ça va plutôt mieux ...



FASD : prévention

- **Formation des professionnels:** GO, SF, pédiatres, généralistes, puéricultrices,... au repérage des consommations et à l'entretien motivationnel
- **Information des jeunes:** école, collège, lycée, université,... médias... internet ...
+++ danger des cuites (binge drinking)
- **Information des femmes:**
conseil = 0 alcool avant la conception
et pendant toute la grossesse
par : médias, consultation pré-conceptionnelle, entretien prénatal précoce, suivi de grossesse,...

SAF : PREVENTION



***De la
théorie
à la
pratique
!!!***

**Vous êtes enceinte
et vous n'arrivez pas
à vous passer
de boissons alcoolisées**

Alcoolisation trop fréquente et trop importante : l'alcool n'est ni une faiblesse ni une force, mais une maladie, et une maladie que l'on peut soigner.

**Pour la santé de votre bébé,
parlez-en rapidement
à votre médecin.**

**Des personnes peuvent
vous aider :**

Réseau ARÈS
Hôpital Louis Mourier - Colombes
01 46 49 36 36

Réseau Val de Seine
Hôpital Foch - Suresnes
01 46 25 21 46

Réseau périnatal 92 Nord des Hauts de Seine
Centre PMI - rue Julien Mocquard - Gennevilliers
01 41 47 65 76

Centres d'Alcoologie

Centre Arthur Rimbaud - Boulogne
01 46 05 14 20

Centre Magellan - Gennevilliers
01 41 21 05 63

Unité d'alcoologie
Hôpital Max Fourestier - Nanterre
01 47 69 65 68

Unité d'alcoologie
Hôpital de St Cloud - St Cloud
01 49 11 60 78 - 01 49 11 60 14

Unité de traitement ambulatoire
des maladies alcooliques
Hôpital Beaujon - Clichy
01 40 87 58 84

un
risque
mécon



**Vous n'avez pas
de problème avec l'alco
mais
vous êtes enceinte**

Consommer des boissons alcoolisées pendant la grossesse, même peu ou occasionnellement, peut être dangereux pour votre bébé.



Alcool, comme le tabac et les médicaments, passe directement de votre sang à celui de votre bébé et peut perturber son développement :

- Retard de croissance
- Prématurnité
- Malformations
- Troubles du comportement

Savez-vous qu'une ivresse occasionnelle chez une femme enceinte fait courir le même risque au bébé qu'une consommation régulière de boissons alcoolisées ?

Savez-vous que toutes ces boissons contiennent la même quantité d'alcool pur ?



Savez-vous que c'est l'alcool contenu dans les boissons alcoolisées, et non la boisson elle-même, qui est dangereux ?

PRUDENCE

La prudence suggère de s'abstenir de boissons alcoolisées pendant toute la durée de la grossesse et de l'allaitement.



Diagnostic de SAF ou d'ETCAF: et après ?



+++ organisation des soins pour :

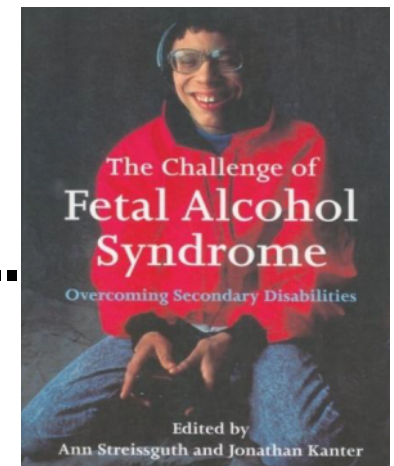
- **l'enfant = CAMSP et soutien scolaire**
- **la mère - prévention de la récurrence...
idéalement = abstinence ou contraception**
- **le père**
- **la fratrie**

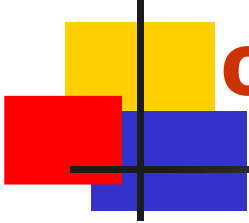
**= réseaux de soins multidisciplinaires
périnataux et addictologiques**

Prise en charge post-natale de ces familles en cas d'alcoolodépendance



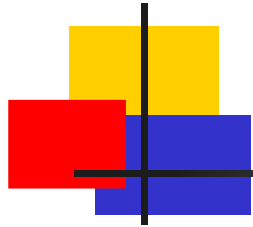
- **Travail social**, souvent difficile: précarité, violence, poly-toxicomanie, co-morbidités (psy, VHC, VIH,...).
Risque de maltraitance, de négligence, de placement,...
- Suivi des fonctions cognitives, des troubles du comportement, soutien à la parentalité, soutien scolaire
réseau de santé périnatal
+++ équipes pluri-disciplinaires des CAMSP
 > 6 ans ??? CMPP, CLIS, médecine scolaire, ...
- Soins aux parents: alcoologues, hépatologues, psy, ..
- *Enfants adoptés ...*





Quand et comment « repérer » ou informer toutes les femmes ?

- La question ne se pose pas pour celles qui sont adressées en maternité pour un suivi de grossesse chez une femme abusant de produits psycho-actifs et suivie par un MG, un CSST ou centre d'alcoologie du réseau.
- Ni chez les femmes consommant modérément, non dépendante, à qui il suffit de donner l'information
- Le principal obstacle est dans la tête des professionnels de la Périnatalité
+++ ALCOOL
mais pas seulement.



Quand et comment « repérer » ou informer toutes les femmes ?

IL NOUS FAUT DONC :

- Apprendre à parler simplement avec les femmes de leurs consommations de produits psycho-actifs illicites et licites et c'est le plus souvent facile: les femmes enceintes dans un déni farouche sont finalement assez rares.
- Le plus tôt possible, dès la première consultation, en renseignant le dossier de grossesse
«entretien dit du 4^{ème} mois» = entretien prénatal précoce
- Avec ou sans l'aide d'auto-questionnaires regroupant des données sur le mode de vie: alimentation, consommations diverses, sport, travail, déplacements,...
- Avec un réseau de consultants en cas de dépendance (tabacologue, alcoologue, addictologue,...)



Consommation maternelle documentée d'alcool pendant la grossesse :

- **Quoi, quand, combien, ...x «verres» par jour, cuites ?**
 - **Antécédents obstétricaux, aînés**
 - **Conséquences de la consommation d'alcool sur la santé de cette femme enceinte, VHC?**
 - **Autres produits psycho-actifs consommés ?**
- ⇒ **- intervention brève, entretien motivationnel :
arrêt ou diminution
±consultation d'addictologie**
- soutien psycho-social**
- surveillance foetale et néonatale**



CONCLUSION

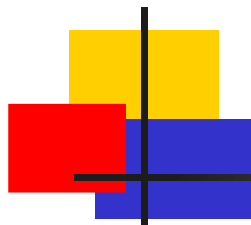


SAF FRANCE

Prévention des conséquences de l'alcool pendant la grossesse

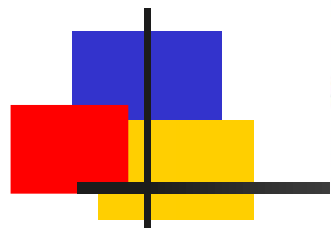
- Cause la plus fréquente de retard mental non génétique, souvent méconnue.
- Prévention primaire = abstinence conseillée pendant toute la grossesse **«No alcohol - no SAF»**
 - = devoir d'information de toutes les femmes
- Besoins de formation des professionnels de la périnatalité pour l'information des couples et pour le repérage de ce risque de handicap .
- Besoins de structures de prise en charge précoce et prolongée des enfants exposés
+++ CAMSP et après 6 ans ...

Facteurs modulant les risques :



- **Intensité des pics d'alcoolémie**
- **Moment précis du/des pic(s)**
- **Durée d'exposition**
- **Co-consommations:**
++ tabac, cannabis, cocaïne
- **Polymorphismes du métabolisme de l'alcool de la femme et du/des foetus**
- **Age de la mère**
- **Niveau socio- économique**
- **Pauvreté, malnutrition**





Alcool et grossesse : quel espace pour l'intervenant ?

Ou de quelques histoires de faufilage

Dr Marijo Taboada - Psychiatre et coordinatrice du DAPSA (Dispositif d'Appui à la Périnatalité et aux Soins Ambulatoires)

En relisant le titre que j'ai moi-même proposé, je me suis rendu compte dans quelle difficulté on pouvait se laisser enfermer et j'ai souhaité partager avec vous quelques unes des questions qui m'ont alors traversée.

La grossesse est un état, éminemment transitoire mais aussi fondateur, porteur d'avenir et puissamment ancré dans l'histoire de celle dont c'est l'état, mais pas que d'elle.

L'alcool est une substance psychoactive, si on veut rester descriptif, mais puissamment ancrée dans l'histoire de l'humanité, liée à la festivité ou à la tristesse, en tout cas à la perte de contrôle voire à la débauche et à l'immoralité.

L'absurdité de la proposition m'a sauté alors aux yeux : comment peut-on intervenir entre un état et un produit ?

Poser la question en termes de grossesse et d'alcool m'enfermerait dans l'analyse d'un rapport pathologique et pathogène dont Claude Lejeune vous a présenté ce matin toutes les conséquences et les risques.

Il était donc nécessaire que je revienne à un principe simple : quelle place pour l'intervenant auprès d'une femme enceinte qui s'alcoolise ?

Il est vrai que pendant longtemps le phénomène n'avait pas été repéré. Les études de Paul Lemoine débutent en 1958 et il fera la description du SAF en 1968... depuis, beaucoup d'années ont passé et dans un assez grand silence. Enfin, quand je dis que ce n'est repéré que depuis peu, je blague. Dans les romans composant les Rougon-Macquart, Emile Zola, raconte par le menu les effets de l'alcoolisation sur les hommes, les femmes et la lignée en général. Parfois, on ferait mieux d'écouter les poètes... je vous rappelle que Gervaise est handicapée car conçue dans un contexte d'ivresse.

Pourtant depuis une bonne dizaine d'années, ou vingtaine d'années, de nombreuses voix s'élèvent pour évoquer ce risque. Des petits logos doivent semble-t-il participer à l'effort d'information de la population générale... la question doit être abordée lors de l'EPP, ... et pourtant nous sommes tous embêtés par ce problème qui n'est que très imparfaitement pris en compte.

Enfin, je ne suis pas certaine qu'il soit pris en compte de façon si imparfaite que ça ; je pense plutôt que nous sommes mécontents et insatisfaits de nos propres interventions ; que nous avons le sentiment de ne pas en avoir fait assez ou assez bien.

C'est à partir du travail mené au DAPSA que je vais essayer de proposer quelques pistes de réflexion ou d'action. Nous organisons depuis plusieurs années ce que nous nommons des "ateliers", sorte de séminaires qui se déroulent de septembre à juin. Ils accueillent des professionnels des champs des addictions, de la périnatalité et de la petite enfance. En 2009-2010, nous avons organisé un atelier dont le thème était : représentation de la grossesse et désir d'enfant en situation d'addiction.

Atelier Représentation de la grossesse et désir d'enfant en situation d'addiction

Règles du jeu des ateliers 'groupe interdisciplinaire, pluri-institutionnel, avec petit écrit collectif à la fin.

Les motivations du groupe étaient de :

- ✓ Travailler sur ses propres représentations.
- ✓ Se questionner sur la capacité des parents à gérer l'addiction et à assumer son rôle de parent dans le même temps.
- ✓ Les accompagner au mieux à partir de signaux d'alertes.

Se risquer à désirer

Tout sujet recherche une demande de confirmation de sa propre valeur à travers le désir d'enfant. Le poids de cette demande est d'autant plus important pour une personne fragilisée prise dans une problématique addictive. *Plus je suis sûre de moi, certaine de ce que je suis, moins j'ai besoin de chercher et de trouver des signes d'affirmation. Si je suis hésitante, pas très sûre de qui je suis, de ce que je veux, si je suis pris dans le désir de l'autre, ou incertaine sur mon identité féminine, je peux chercher à me « réaliser par ce qu'il y a de plus emblématique socialement : la maternité.*

Elle pourrait alors se défaire de l'identité de « toxicomane » ou d' « alcoolique » à laquelle elle se sent ou elle est bien souvent réduite pour intégrer le statut de père ou de mère (Jessie). Désirer un enfant, c'est tenter de construire plutôt que de se détruire. Désirer un enfant, c'est aussi oser s'inscrire dans une lignée. En se projetant dans cette nouvelle place, le sujet s'autorise à désirer autre chose que l'effet éphémère d'un produit.

Toute mère connaît des mouvements ambivalents envers son futur enfant, puis la culpabilité de reconnaître ses pensées agressives, même si ce mouvement n'est pas toujours conscient ou décelé clairement. Lorsqu'elle ne parvient pas à cesser toute consommation pendant la grossesse, la mère va mettre en acte cette ambivalence universelle.

Pour l'entourage comme pour les professionnels, cette conduite peut être vécue très violemment et provoquer un malaise voire une attitude de rejet. Ne serait-ce pas là, justement que les réactions se manifesteraient d'autant plus vivement ?

Y aurait-il de bons et de mauvais parents; ceux qui protégeraient et ceux qui mettraient leur enfant en danger ? Si le regard est jugeant, ces femmes, ces couples qui posent un acte de vie risquent de se sentir renvoyés à leur dangerosité potentielle pour leur propre enfant.

Le groupe concluait donc ainsi : Il serait en effet hasardeux de stigmatiser tout parent consommateur de produit comme s'il était d'emblée inapte au périlleux métier de parent.

A alors été ébauchée l'idée que si chacun était à même de reconnaître l'existence de ses propres mouvements agressifs, un travail d'élaboration pourra s'envisager différemment et favoriser une alliance thérapeutique avec les futurs parents.

Les ressources de chacun et le regard des professionnels

Addiction ou pas, chaque sujet se construit sur et grâce à ses failles. Lorsque les assises narcissiques sont fragiles, la maternité peut arriver comme un cataclysme dans la vie d'un sujet. Autrement dit, ce qui est souvent perçu comme réparateur peut être aussi, et peut-être en même temps, déstabilisant. Qui pourrait présager des ressources de ce dernier lorsqu'il ne sait pas lui-même de

quoi il est capable, et ce, en particulier lorsque ces ressources sont masquées par un fort sentiment de dévalorisation ?

Chaque regard, chaque désir de professionnel a sa valeur. Les parents peuvent s'appuyer sur ce regard pour s'autoriser à assumer leur fonction de parent.

Si les parents se sentent jugés, les projections des professionnels peuvent contribuer à ce que le parent se sente incapable de devenir père ou mère. Ils peuvent alors adopter une attitude de retrait qui peut être interprétée comme un désintérêt vis-à-vis de l'enfant. Les passages à l'acte peuvent aussi confirmer cette inaptitude en demandant à l'Autre de protéger son enfant de sa dangerosité supposée.

Assumer son rôle de parent, pour le père comme la mère, revient à reconnaître sa valeur dans une période qui réinterroge le contexte de sa propre naissance.

En favorisant un contexte bienveillant et sécurisant pour la mère, les professionnels favorisent une place de tiers possible et aident ainsi la mère à laisser le père occuper sa fonction.

La nécessité de croiser les regards

Dans la grande aventure de la parentalité, est-ce l'addiction qui est au cœur du sujet ou la capacité à reconnaître l'existence propre de l'Autre et donc aussi celle de l'enfant ? Si certains parents ne peuvent entendre d'autres désirs que les leurs, serait-ce pour autant une spécificité des sujets consommateurs de produit ?

Le propos n'est pas de nier les risques potentiels –autant physiques que psychiques- auxquels l'enfant est soumis lorsque l'état de vigilance du ou des parents est modifié, mais de s'interroger sur les stratégies qu'ils sont capables de mettre en place pour le protéger pendant ces périodes critiques.

Les professionnels se trouvent en effet dans la délicate place d'accompagner la famille, mais aussi de protéger l'enfant de situations à risque.

Quel positionnement adopter lorsqu'il s'agit de décisions aussi controversées que la séparation mère-enfant dès la naissance ? Quelle culpabilité pour les professionnels que de devoir se prononcer sur les risques potentiels ou avérés qu'encourent un enfant à grandir auprès de ses parents ? Comment ne pas avoir l'impression de les trahir après avoir tenté de les accompagner ?

C'est bien là que rentre en jeu le travail interinstitutionnel qui permet au patient de ne pas se sentir coincé dans une relation hyperinvestie avec un seul professionnel, mais de naviguer entre plusieurs intervenants. Chaque professionnel aura à entendre les projections des parents. Il pourra tour-à-tour être soutien ou mauvais objet, l'objectif étant de maintenir une alliance thérapeutique avec la famille.

En favorisant le lien interinstitutionnel, chaque lieu permettra aux parents de se sentir soutenus et respectés dans leurs mouvements d'aller-retour, de ruptures et de retrouvailles envers chaque institution.

Risque de toute-puissance

Si un des professionnels se retrouve seul face à une situation préoccupante, ne risquerait-il pas de tomber dans l'illusion de sauver les parents – et d'en oublier l'enfant-, de les aider à laisser leur passé chaotique derrière eux pour rêver d'une vie de famille équilibrée. Si des avancées restent bien heureusement possibles, les intervenants se garderont de partager les fantasmes des patients afin de mieux les accompagner dans la réalité.

Notre groupe de travail a lui-même été animé par de vives réactions, comme si chaque professionnel avait à se positionner soit du côté de la protection des parents, soit du côté de celle de l'enfant.

Ces situations complexes ont eu un fort écho chez chacun des professionnels. Ces ressentis, difficilement dicibles, pour soi comme aux autres, interfèrent dans les relations institutionnelles et dans les relations de soutien aux usagers.

La dynamique qui a traversé le groupe de cette année nous a interrogés sur la charge émotionnelle inhérente à ces situations et la nécessité d'en comprendre les enjeux.

C'est pourquoi, en 2011, nous avons lancé un nouveau programme d'ateliers appelé :

"savoir/pouvoir écouter l'alcoolisation maternelle".

Même si nous n'en sommes qu'au début de ce travail, un certain nombre de questions peuvent déjà être évoquées, pour les réponses c'est déjà un peu moins sûr.

Il est ressorti des ateliers, que la question centrale était plutôt formulée de la façon suivante :

ALCOOLISATION DES FEMMES (femmes pouvant tout aussi bien représenter des filles, des mères ou des épouses)

La question de l'alcoolisation des femmes nous interroge, certes, au niveau des représentations, et les discours dominants restent fort critiques vis-à-vis des écarts des féminins. Je renvoie à quelques sujets des journaux télévisuels sur les bitures des très jeunes filles. Mais, madame Nahoum-Grappe raconte tout cela bien mieux que moi.

Enfin, il n'en reste pas moins que la consommation d'alcool, mais il faudrait peut-être distinguer les différentes façons de boire et les différentes catégories d'alcool, est à la fois une conduite commune, banale, mais qui reste étrange ou suspecte quand il s'agit des femmes. On évoque souvent la consommation clandestine, cachée, solitaire, où la femme se méprise elle-même. Quand les jeunes filles se biturent joyeusement en public, on en est tout chose aussi.

La question de l'alcoolisation des femmes et son rapport à l'alcoolisation des futures mères

C'est que les femmes se doivent d'être prêtes à assumer leur fonction maternelle ("quand un homme boit, c'est le toit de la maison qui brûle, quand c'est une femme, c'est toute la maison" a dit je ne sais plus qui). Et des projets de prévention de l'alcool avant même la conception commencent à émerger de ci delà. Projets de prévention s'adressant spécifiquement aux jeunes filles.

Alors évidemment, et ce au-delà des risques réels liés à la consommation d'alcool pendant la grossesse, l'idée du débordement qu'évoquent les consommations abusives ou problématiques, en tout cas non maîtrisées ont de tout temps été jugées répréhensibles.

La contradiction dans laquelle nous sommes enfermés est la question d'une information non dramatisée ou dramatisante, sans culpabiliser, sans juger. Evidemment, nous sommes là dans la dénégation de nos propres mouvements internes ; si nous sommes là aujourd'hui, c'est bien que nous sommes préoccupés, mobilisés autour de ces situations. Je dirais même que si parfois nous nous engueulons entre nous, c'est bien que nous ne partageons pas le même ressenti, la même interprétation, la même inquiétude.

C'est qu'à un certain moment nous ne savons plus très bien si c'est le problème de cette femme, de la famille et des enfants, du conjoint, ... ou des professionnels. Ou pour dire les choses plus clairement, pour qui cette question est un problème. Nous voyons bien dans certaines situations que pour cette femme, son compagnon ou d'autres membres de l'entourage, il y a beaucoup d'autres problèmes à résoudre manifestement plus importants que l'hypothèse de l'atteinte fœtale.

Alors, va se poser pour nous l'obligation de faire le deuil d'un accompagnement satisfaisant, à savoir l'arrêt de la consommation d'alcool pendant la grossesse (on ne rêve pas, après c'est une tout autre question, paraît-il ?!) Il va bien nous falloir tenter de comprendre ces autres problèmes, voire même essayer de les résoudre. Et nous aurons le sentiment d'avoir quelque peu laissé de côté l'alcool et ses effets.

Car il nous faut aussi anticiper, ou plutôt rêver, à ce que sera l'enfant lorsqu'il sera né, à l'accueil qui lui sera fait, aux adultes qui lui apporteront les premiers soins, c'est-à-dire a priori son père et sa mère.

Il va nous falloir passer de la femme enceinte (qui porte un fœtus qu'il faut protéger) à une future mère qui porte un enfant qu'elle devra protéger. Et, c'est peut-être là que nous allons pouvoir trouver des ébauches, des pistes de travail. En effet, si nous pouvons le penser ainsi : comment aider une future mère à protéger son enfant (et non protéger un enfant dans le ventre de sa mère), on va poser les jalons d'une alliance possible avec cette femme, mais aussi avec les autres membres de l'entourage de l'enfant à naître. Quelque chose qui serait du côté de la réduction, sinon des risques, du moins des dommages.

S'appuyer sur le concept d'aire transitionnelle sans oublier que Winnicott était pédiatre avant que d'être psy...

Face à cette femme qui ne peut être abstinente pendant sa grossesse, il va s'agir de définir un espace dans lequel on va tenter d'échanger, de trouver des points d'accord, d'intérêt communs. Dans certains cas, on va pouvoir s'appuyer sur l'enfant à venir, pour peu que cette future mère puisse se laisser aller à la rêverie maternelle. Parfois ce sera la grossesse, l'état de grossesse, mais l'enfant peut-être singulièrement absent du discours, à peine porté, à peine perçu, à peine attendu car ce qui compte c'est le gros ventre, la complétude.

D'autres fois encore, c'est la dépendance pathologique, à l'alcool, ou autre, qui sera proposée comme lieu d'échange : consommation exhibée, justifiée ; ou dépendance au compagnon, l'enfant semblant alors assez secondaire, d'autant que le compagnon, dont l'emprise est menacée par ce qui pourrait devenir un nouvel objet de passion pour sa femme, manifeste son inquiétude par une violence nouvelle ou aggravée, sans que cette femme cherche trop à s'en défendre. Ou alors, va jouer l'alliance thérapeutique avec l'équipe soignante, en exigeant une abstinence que lui-même ne met pas en œuvre, car il n'est pas concerné par la santé de cet enfant qu'il ne porte pas.

Dans chacune de ces situations, nous allons être sollicité à des degrés divers, mais surtout à des places différentes, et il est bon de s'accorder un temps de réflexion sur ce qu'induit cette position, que nous allons accepter, ou pas.

D'une part, il faut prendre garde de repérer si c'est la bonne personne qui est au bon endroit.

Par exemple, lorsque ce qui fait lien est l'enfant ou la grossesse, la sage-femme se trouve en position tout à fait privilégiée : ce sera elle l'interlocutrice de cette femme. Corinne Chanal, ici même l'an dernier nous montra l'importance d'un suivi de grossesse qui ne se laisse détourner de son objet : le suivi de grossesse. L'échange sur la toxicité de l'alcool prend ici tout son sens car le discours d'information et de prévention s'adresse bien à ce qui est le souci de la femme.

Si le produit est l'objet d'attention, celui qui définirait l'identité de la femme, on ne peut le laisser trop de côté. Mais là, ce n'est pas sa toxicité sur le fœtus qui sera moteur, parfois même on peut se trouver devant un effet contre-productif du discours préventif – l'alcool reste un excellent anxiolytique.

Mais cet espace d'échange peut-être construit à plusieurs. Un espace comporte un dedans, un dehors et une frontière, une membrane plus ou moins poreuse, plus ou moins souple. Comment permettre une fluidité entre la vie psychique de cette femme, obscure, énigmatique, inaccessible, peut-être trop douloureuse pour qu'elle puisse émerger à la conscience, mais qui travaille et l'environnement, le corps social, ses lois, ses exigences, son savoir.

Peut-être nous faut-il renoncer à une construction précise et rassurante du projet pour cet enfant.

Il est important d'anticiper, non pas tant pour que ces différents projets aboutissent, mais pour qu'au moins l'un d'entre nous puisse manifester une sorte de rêverie maternelle dont l'objet serait la dyade mère-enfant.

D'où mon idée de « faufile » : pour ceux qui ne savent pas coudre, il est d'usage de bâtir, c'est-à-dire de coudre à grands points lâches, généralement avec un fil rose, un peu grossier et cassant facilement, les deux pièces que l'on souhaite joindre. Ce fil ne comporte pas de nœud et la couture ainsi faite peut se défaire en tirant d'un coup sec.

Après on procède aux essayages, on corrige, un peu plus large ici, un peu plus serré là.

Peut-on se résoudre à cette position ou du moins accepter que l'un des membres du cercle protecteur la tienne ?

Car du lien que nous allons pouvoir créer avec cette future mère va dépendre, peut-être, en partie, un peu, sa tentative de diminution ou d'arrêt de l'ingestion d'alcool pendant sa grossesse. Mais tout aussi important va dépendre sa capacité de donner à l'enfant, une fois né, ce dont il aura besoin, du moins autant qu'elle le pourra.

La communication d'avant le langage chez le petit d'Homo-sapiens

Dr Michel Dugnat, pédopsychiatre

1- Service du Pr Poinso – Hôpital Sainte Marguerite- Hôpitaux de Marseille

2- Centre hospitalier de Montfavet-Avignon – Unité parents-bébé (Dr Douzon-Bernal)

Ce texte constitue une mise en forme d'un exposé oral et d'une présentation vidéo.

Il est un outil de travail trace de cette présentation.

Il n'a pas été finalisé.

Il n'est pas destiné à être copié-collé mais au contraire à être approfondi et discuté à l'aide des références bibliographiques et du site (cf. infra).

Introduction

Une référence particulièrement précieuse sur la question de la parentalité reste l'ouvrage :

« Les enjeux de la parentalité », dirigé par le Pr Didier Houzel (ERES 2007) au milieu des années 90.

Cet ouvrage, produit d'un travail collectif à la demande du Ministère des affaires sociales, a élaboré un « triptyque » articulant trois dimensions dans la parentalité : « *l'exercice* » : droits et devoirs sociaux et juridiques ; « *l'expérience* » : vécu subjectif impliquant l'intimité du sujet, « *la pratique* » : dimension « déléguable » de la réponse aux besoins de l'enfant.

Issu d'une réflexion approfondie sur les situations cliniques dans un groupe pluri institutionnel et pluri professionnel, présentant de façon très claire ses conclusions, cet ouvrage met à la disposition des professionnels une méthode à la fois simple et féconde pour aborder les situations dans lesquelles la parentalité fait question.

Méthode

Le présent exposé suppose le recours aux « vignettes » vidéo que vous trouverez sur le net et dont les références seront indiquées dans le corps du texte.

1 La première vignette (6 weeks baby laughing : <http://www.youtube.com/watch?v=-aDB-3MYPz0>) présente une « proto-conversation », une conversation d'avant la parole et démontre à quel point, dès le 2^{ème} mois, un dialogue où la communication non verbale se déploie à partir de différents canaux sensoriels est possible entre la mère et le bébé.

Sortant de la période du « sens de soi noyau », (0-6 semaines), celui-ci apparaît actif, relançant et régulant les expressions de sa mère : il est bien sûr une dimension de jeu dans ces images, à laquelle on peut être sensible.

Sans doute faut-il insister sur le fait que dans les six premières semaines, le nouveau-né n'est pas encore proto-conversant et que la question cruciale est celle, pour lui, de trouver un « autre » qui contribue à la régulation de ses états intérieurs et de son homéostasie au sens le plus large (D.N. Stern).

Si la mère de la « *préoccupation maternelle primaire* » (D. W. Winnicott- 1956) est dans une disposition psychique qui lui permet de contribuer à cette réflexion et régulation, il faut insister sur le fait qu'elle ne peut le faire que si d'autres adultes autour d'elles s'organisent

pour répondre à ce besoin de la mère tournée vers la réponse aux besoins du nourrisson d'être nourri, bercé, porté.

Mais autour du 2^{ème} mois, un saut développemental (cf. *Le monde interpersonnel du nourrisson* » Daniel N. Stern, PUF-07/2003) a lieu et le besoin de communication arrive au premier plan. Le bébé devient un être « sociable ».

Il faut noter que dans le « socius », le retour de couches est dans de nombreuses sociétés associé au fait que la mère va pouvoir sortir de la maison, après un ou des rites de présentation de l'enfant, ce qui fait coïncider la proto-conversation avec la présentation sociale au groupe. On n'insistera donc jamais assez sur le fait que le développement du cerveau et l'organisation sociale sont sans cesse liés et il y a lieu de rappeler que, contrairement à ce que l'on a longtemps pensé, non seulement dans ses premiers mois de la vie, les neurones se connectent à travers les synapses à très grande vitesse, mais aussi le nombre de neurones continue d'augmenter et n'est pas fixé à la naissance.

Cette croissance est à la fois entièrement programmée par le codage génétique et entièrement liée à l'environnement ; mais « environnement » est à entendre ici d'une façon large : il s'agit à la fois de l'entourage humain et de l'environnement matériel et physique : en effet, pour réaliser ce que le programme génétique contient de potentiel, le bébé a à la fois besoin de pouvoir exercer son activité propre spontanée et d'en vérifier les effets sur l'extérieur, mais aussi, bien sûr, d'être placé dans un milieu d'où il va tirer les informations nécessaires à son développement : informations complexes passant par des réflexions sensorielles dans le cadre de la transmodalité.

On notera d'ailleurs qu'on sait de mieux en mieux à quel point et comment il fait la différence entre les êtres animés et les objets inanimés, dès les premières semaines.

Les compétences perceptives qui ont été largement mises en évidence dans les années 70 et 80 chez le bébé contribuent par la transmodalité à la constitution pour le bébé d'une ambiance interne mélangeant les différentes « sensations » à partir desquelles il va s'exprimer, attendant donc une réponse humaine, pas forcément par le canal utilisé (notre vidéo : on le voit à travers les glissements entre la voix de la mère et les mouvements de sourcils ...).

Il y a donc bien une conversation dans laquelle le bébé n'est pas passif mais bien actif au sens où il engage, entretient, régule ou se désengage de la conversation, en partageant dans l'ici et maintenant, des émotions avec l'autre humain.

Lyne Murray, psychologue et chercheur britannique a montré, avec des dispositifs dits de télévision différée, que si on présente au bébé par le canal d'un écran de télévision, sa mère en interaction avec lui, il contribue à l'interaction comme s'il était en présence de sa mère.

Il suffit à travers cette retransmission télévision qu'on décale l'interaction filmée d'une fraction de seconde pour qu'il sente que l'interaction n'est plus adaptée et qu'il se désorganise devant la distorsion de la « réponse » de sa mère

Ceci est un de ces nombreux protocoles expérimentaux qui conduisent à insister très prosaïquement sur le fait qu'il est crucial que les mères soient le mieux possible entourées dans le post-partum immédiat (les deux premiers mois de la vie de l'enfant) de façon à permettre leur disponibilité psychique à la disposition du bébé.

Ceci est évidemment encore plus vrai pour les bébés présentant des vulnérabilités liées à la prématurité ou à la consommation de produits pendant la grossesse.

Faire une parenthèse en rappelant que c'est le développement du cerveau chez l'Homo -soit quelques centaines de milliers d'années- qui a été rendu possible par l'évolution qui bénéficie à la fois des communications verbales mais aussi non verbales héritées des autres mammifères (primates précédant l'homo) (cf. Frans de Waal « L'âge de l'empathie, ILL Les liens qui libèrent, 02/2010)

2

Un second dispositif expérimental le « Still face » ou « visage immobile » (Ed Tronick cf. vidéo Youtube 30.11.2009, www.youtube.com/watch?v=apzXGEbZht0) insiste également sur l'importance des échanges émotionnels entre l'adulte/parent et le tout petit enfant. Ce dispositif peut être mis en œuvre à différents âges du bébé.

Celui qu'on présente ici avec un bébé de quelques mois montre un mode de communication plus riche que le précédent à quelques semaines, une conversation plus rapide et plus variée, mais toujours une modulation des émotions partagées...

Après une période de jeu où la mère a pour consigne de jouer comme à la maison avec son bébé installé dans un « transat » où la chorégraphie par les différents canaux montre bien le partage d'un rite et de l'accordage affectif, on verra que la deuxième consigne modifie complètement l'ambiance dans laquelle est le bébé : on observe donc dans la première partie un bébé qui partage en particulier un état émotionnel avec sa mère concernant des objets qui l'intéressent lui.

Tout comme il s'intéresse à l'effet qu'il produit sur elle quand il lui montre cet objet. La tensionnalité est au cœur de l'action humaine et on voit que ce bébé s'interroge des intentions de sa mère quand il désigne un objet : va-t-elle continuer de s'intéresser à lui, ou de se désintéresser à lui, désignant l'objet. Le jeu qui suit dans lequel la mère joue avec le chausson de l'enfant est un autre moment différent de partage d'un état.

A ce moment-là intervient la consigne faite à la mère de figer brutalement son visage et, pourrait-on dire de se transformer de fait en une sorcière ; le bébé ressent ces changements d'ambiance en une fraction de seconde ; son monde intérieur se transforme donc extrêmement rapidement. Rappelons bien sûr qu'il existe un certain nombre d'émotions innées qui ont été consignées par Darwin et qui s'expriment dès la naissance.

On observe donc sur le visage du bébé dont la mère vient de figer son visage un étonnement interrogatif : en plein dialogue, souriante, exquise, s'adaptant à ses propositions, elle se transforme : il se retrouve face à quelqu'un qui reflète un état intérieur complètement différent : il va donc tenter après avoir vérifié que cet écart dure, d'engager des schémas interactifs dont il a l'habitude : sourires, et/ou ce qui permet le réengagement de celle-ci dans l'interaction.

Ces représentations d'interaction généralisée, comme on appelle ces schémas progressivement construits chez l'enfant ne seront pas suffisants.

Le bébé a besoin qu'on mette en place ses représentations d'interactions généralités (R, I, G), que l'environnement soit suffisamment stable, suffisamment continu pour qu'elle puisse s'intéresser aux événements nouveaux qui vont se dérouler.

Equippé pour « extraire » les nouveautés d'un monde suffisamment stable, le bébé fait donc après avoir souri, après avoir vocalisé, après avoir à nouveau désigné l'objet qui avait intéressé sa mère précédemment, se désorganiser en tendant les bras, en cherchant à obtenir le réconfort d'une conduite d'attachement dont il a l'habitude et au moment où il constate que la mère ne répond pas à son appel de tendre les bras –contrairement à l'habitude- il essaye un ultime registre celui des applaudissements et du bravo mais, devant l'échec de cette dernière tentative d'entrer en contact, il crie (précieux outil d'adaptation dans une logique évolutionniste) et malgré le caractère stressant des cris de bébé pour un parent ou pour un adulte, il n'obtient pas de réponse de sa mère.

Etant ainsi désorganisé, le bébé ayant renoncé à ce réconfort au moment où la mère cessera l'attitude du visage immobile, va mettre quelques secondes avant de reprendre le contact avec sa mère, par un contact direct ou un corps à corps qui ne suffit pas seulement à le rassurer.

Ce nouveau partage émotionnel plus tardif avec l'adulte montre à quel point un bébé est attentif à ce que le visage transmet de l'état intérieur de la mère.

Depuis les années 80 ce dispositif a été développé sur plusieurs centaines de publications, on est revenu de l'idée que ce paradigme expérimental pouvait constituer un « modèle » de la dépression post-natale. En effet, la situation expérimentale met en relation un bébé non habitué au Still-face de la mère et une mère non déprimée.

L'événement est donc un apax dans leur relation qui ne peut pas être comparé à la situation dans laquelle se trouve un bébé qui a l'habitude de sa mère déprimée, qui n'existe pas de rupture, simplement un style interactif fabriqué par le mode corporel d'expression de la mère (ralentissement de l'expression du visage ...).

3

C'est Ed Tronick qui a développé ce dispositif de visage immobile, en insistant sur l'expansion de l'espace dyadique au moment du partage d'émotions où chacun « est plus grand que l'autre », qui a donc été le principal « développeur » de ce dispositif qui a été très largement utilisé : il constitue un outil d'accès à l'intersubjectivité et aux évolutions du partage d'émotions.

Là aussi, on n'oubliera pas la dimension adaptative et donc phylogénétique de ces comportements. Le cri auquel les mères dans le post-partum sont plus sensibles comme le montrent les enregistrements de potentiel auditif, le fait de lancer les bras sont des éléments qui existent dans toutes les espèces de primates, et pas chez les petits sapiens.

Ceci nous permet d'aborder un troisième dispositif expérimental qui permet lui aussi d'isoler certaines dimensions de l'expérience subjective du bébé : c'est la « falaise visuelle », souvent présentée par Joseph Campos : le « bébé » est maintenant un petit enfant d'un an qui passe sur le plan moteur par la révolution que constitue le fait de pouvoir se déplacer en direction des objets, et de ne plus être dépendant d'un autre pour cela.

Par ailleurs, c'est le moment du sens du soi intersubjectif. Le bébé se voit proposer (www.youtube.com/watch?v=p6cqNhHrMJA) un dispositif expérimental dans lequel il marche sur un damier qui est continué par une plaque de plexiglas qui peut lui donner l'impression qu'il risque de tomber, d'où l'expression « falaise visuelle ».

Le document vidéo auquel vous vous référez est assez didactique et les musiques sont choisies pour « surjouer » les affects affichés sur le visage de la mère.

La petite fille qui commence le document est prise dans une « balance » entre l'attachement et l'exploration, attachement au besoin de sécurité, exploration au sens de Bowlby : elle est à l'âge où elle est intéressée par l'objet qui lui est présenté, mais ce que nous allons surtout observer, c'est que dans le conflit intérieur entre l'intérêt qu'elle a de rejoindre l'objet qui lui est présenté après la falaise et le danger que représente la falaise, elle semble se poser une question dans un conflit intérieur et évoque l'autre, c'est-à-dire l'adulte, en faisant « non » avec la tête indiquant qu'elle a intérioriser le fait qu'en cas de risque de tomber, il ne faut pas y aller

La deuxième séquence avec le petit garçon en exploration montre ce que l'on appelle à la suite de Robert Emde, la référence sociale : il est content d'explorer et confronté à la falaise visuelle il interroge l'adulte et non pas les mots de l'adulte mais la communication non verbale de l'adulte, c'est-à-dire principalement le visage de l'adulte, face à une situation qu'il pressent comme dangereuse.

Il partage alors cette émotion de danger et en tendant les bras, envoie un signal de demande d'aide et de réassurance.

Lui aussi est partagé entre le désir d'exploration et le besoin de sécurité : il va dans un deuxième temps de l'expérimentation à nouveau se renseigner et changer de visage, et le visage de la personne qui lui répond étant souriant et encouragé, il va faire confiance aux émotions qu'il ressent de cet adulte de son espèce qui est chargé de le renseigner sur les dangers :

- on voit bien qu'à cet âge-là (dans le dernier trimestre de la première année), le bébé est capable non seulement de percevoir les états internes de l'autre mais de les partager et de prêter des états internes à l'autre en les adoptant.

Le bébé est donc renseigné à la fois sur l'extérieur physique de l'environnement, sur l'intérieur de l'autre et, dans une certaine mesure sur l'intérieur de lui-même.

4

Un dernier dispositif sera présenté là sans référence vidéo : un jour donné, un expérimentateur équipé d'une espèce d'haltère avec des disques au bout d'une tige est présenté au bébé par un expérimentateur qui essaye d'enlever le « disque » au bout de l'haltère, mais qui n'y parvient pas.

Le lendemain on montre l'haltère en question et on la confie au bébé (sa taille étant adaptée) : comme il a compris au geste et à l'expression du visage de l'expérimentateur la veille ce que celui-ci tentait de faire, il va tout de suite essayer d'en faire autant.

Si on propose le même dispositif en remplaçant l'expérimentateur humain que le bébé ne connaît pas, mais qui est un adulte de l'espèce avec lequel il peut entrer en contact par un robot qui fait les mêmes mouvements, le deuxième jour lorsque l'on remet l'haltère au bébé, il ne va pas essayer de retirer le disque ...

Ceci tend à faire penser que les systèmes qui rendent possibles les apprentissages sont différents des systèmes qui gèrent le vivant et de ceux qui ne gèrent pas le vivant dans les circuits neuropsychiques du bébé et qui porte à insister sur le fait que le bébé a besoin de personnes disponibles et non de dispositif d'apprentissage par télévision ... (cf. le livre de Michel Desmurget : *TV Lobotomie*)

On ne répètera jamais à quel point la télévision est un frein au développement que l'on pourra comparer un jour aux effets de l'alcool ou à ceux du tabac sur le développement de l'enfant, comme l'APA (l'association des pédiatres américains) a commencé de le faire.

Il faut noter marginalement que le Conseil supérieur de l'audio-visuel a pris une décision courageuse concernant la télévision pour les moins de trois ans en s'attaquant aux chaînes spécialisées pour les tout petits ; malheureusement, elle a oublié de le faire pour les chaînes généralistes pour enfant (à type Gulli), pour ne pas se mettre à dos l'industrie des programmes : ceci aurait été beaucoup plus difficile.

On serait tenté de faire le parallèle avec le petit pictogramme concernant l'alcool et des femmes enceintes que connaissent bien les professionnels de la prise en charge des personnes toxicomanes.

Quel que soit l'âge, la télévision passive l'enfant, encore plus le bébé, le privant d'une communication avec un humain.

5

Un dernier dispositif, avec une référence vidéo possible, serait celui de la situation étrange ... www.youtube.com/watch?v=QTsewNrHUUH

Ce dispositif expérimental a été créé par une élève de Bowlby : Mary Ainsworth. Bowlby insistait sur la balance, exploration/sécurité intérieure du bébé jusqu'à l'adulte. On fait jouer l'enfant et la mère ensemble. Puis on observe la réaction de l'enfant à l'entrée d'une étrangère dans la pièce où ils sont filmés et dans cette vidéo-là on voit à quel point le fait que l'étrangère ne réponde pas au regard du bébé interroge celui-ci. Ensuite l'étrangère essaye d'entrer en contact avec le bébé qui préfère se tourner vers sa mère . Quand celle-ci sort de la pièce et quand l'étrangère essaye d'entrer en contact avec lui pour le réconforter, cela n'est pas efficace. Le retour de la mère permet d'observer la réunion pendant laquelle on va savoir s'il présente un attachement sûr ou insécure.

Si la mère laisse ensuite l'enfant seul, il pleure le plus souvent mais l'entrée de l'étrangère qui essaye de le réconforter n'améliore pas les choses

Quand la mère entre à nouveau, on observe une seconde réunion et on cherche à savoir si la réunion rassure ou non l'enfant.

Il existe deux types d'attachement : l'attachement sûr et l'attachement insécure. Il existe deux types d'attachement insécure : l'attachement anxieux-évitant et l'attachement ambivalent-résistant

Dans l'attachement évitant, l'enfant semble avoir « trop bien » supporté le stress que représente la sortie de la mère et /ou l'entrée de l'étrangère, et il ne semble pas demander de réconfort au retour de la mère : il continue de jouer, ne se dirige pas vers la mère, ne demande pas les bras. Une interprétation trop rapide de cette conduite consisterait à dire qu'il s'agit d'un enfant particulièrement confiant en lui-même et/ou en sa mère.

En fait, des mesures de cortisol (une hormone marqueur du niveau de stress) salivaires montrent que l'enfant est stressé par la séparation mais que tout se passe comme si il ne s'autorisait pas à le manifester et à accepter du réconfort.

Dans l'attachement ambivalent, l'enfant manifeste bruyamment sa colère et son inquiétude. Dans la réunion, il demande les bras et peine à accepter le réconfort, reste agité, et a du mal à se calmer malgré l'aide de la mère.

Le 4^{ème} type d'attachement, dit attachement désorganisé, dans lequel le comportement de l'enfant est difficile à décrire est variable, correspond le plus souvent à des enfants présentant déjà ou plus tard, un trouble psychopathologique.

Les attachements sécure (approximativement 2/3 des enfants), insécure évitant (approximativement 1/5 des enfants), insécure ambivalent (approximativement 1/10 des enfants) ne constituent bien sûr pas des pathologies : ils sont des modalités relationnelles inscrites dans les « modèles internes opérants » de l'enfant et il faut préciser que l'attachement peut être sécure avec l'un des parents et insécure avec l'autre. En effet, nous avons jusqu'à par facilité parlé de la mère ; en fait il serait plus juste de parler de la figure d'attachement de l'enfant, c'est-à-dire du donneur de soin (*care-giver*) qui assure au quotidien la sécurité de l'enfant. Il peut s'agir de l'assistante familiale ou du grand-parent auquel l'enfant est confié, etc.

Une excellente présentation de la théorie de l'attachement se trouve dans l'ouvrage de Blaise Pierrehumbert (cf. le premier lien, Ed O. Jacob) et sur son site très généreusement ouvert <http://sites.google.com/site/bpierreh/>.

En conclusion,

J'espère vous avoir donné des éléments extrêmement simplifiés mais sur lesquels vous pouvez approfondir votre réflexion, à partir de l'internet, pour montrer les fondements expérimentaux concernant les besoins développementaux de sécurité de l'enfant.

Et maintenant qu'est-ce qu'on fait ? Quelles préventions ? Quelles prise en charge ? Quelles recherches ? Et si on y réfléchissait ensemble !

Equipe du Fil Rouge

Au-delà de l'accompagnement déjà proposé par l'équipe du Fil Rouge, plutôt centré sur la prise en charge du parent (VAD, entretiens dans les locaux, accompagnements extérieurs, lien avec les partenaires, parcours de soin...), nous avons choisi de mettre en place un temps spécifique dédié aux enfants et à leur relation avec leur parent.

Il est difficile de dire aujourd'hui ce que seront, demain, ces accueils enfants-parents... mais peut-être déjà vous présenter la démarche et ce que nous voudrions qu'ils apportent aux familles qui y participeront. Il s'agit de mettre en pratique une partie de ce que nous avons pu entendre aujourd'hui, cela demande d'y réfléchir en amont.

Permettre à *chaque-un* de partager un moment privilégié avec le proche qui l'accompagne.

Pour l'enfant, avec son parent, l'adulte qui lui sert de référence, sa « figure d'attachement ». Celui ou celle qui répond à ses besoins et dont il dépend... bien qu'acteur de la relation qui les unit. Pour le parent, l'adulte, avec cet enfant dont il est responsable, avec qui il noue une relation qui se construit au fil des jours parfois sur les bases de son propre vécu, de son expérience... enfant à qui il est chargé d'assurer les conditions de son développement...

Je disais partager un moment privilégié... **en dehors de la maison...** et du quotidien...

46% de familles monoparentales dont 80% de femmes, sortir de la maison, cela peut être selon les situations sortir d'une certaine forme d'isolement, d'une relation duelle, d'un tête à tête avec l'enfant, le parent...24h/24.

Je voudrais m'appuyer sur la plaquette de présentation des accueils enfants-parents qui vous a été remise ce matin...

Dans un lieu de rencontres... rencontres avec d'autres parents, d'autres enfants et des professionnels... **et d'échanges...** échanges qui concernent aussi bien les échanges transversaux entre parents basé sur la reconnaissance de leurs compétences, sur ce qui les anime dans leur rôle (le rythme de l'enfant, son alimentation, son développement, ses progrès, ses pleurs, leur signification etc...), que les échanges et interactions des enfants entre eux, avec son parent, avec d'autres adultes, ... verbaux et non verbaux.

Pour un temps de jeux et de découvertes... L'espace en lui-même est déterminant. Terrain d'exploration à part entière, son agencement, bien qu'il prenne en compte certaines contraintes du lieu, vise à créer les conditions d'un accueil adapté et contenant. Il y a un aperçu des supports mis à disposition au dos...

Une fois que l'on a dit ça... à quoi peut ressembler un accueil concrètement ?

- Arrivées échelonnées : se sentir accueillis, prendre le temps d'arriver, entrer dans l'espace enfants-parents.
- Inviter le parent à accompagner son enfant dans l'exploration : vers où veut-il aller spontanément ?

- Une fois tous les participants arrivés, un temps de présentation au groupe : humeurs, envies du jour
- Participer à l'installation des activités choisies
- Profiter des différents espaces, ranger au fur et à mesure (jeux, livres, leggos, rinçage de pinceaux avec un adulte...)
- Anticiper, se représenter la fin des activités et le moment à venir : annoncée par l'accueillant
- Ranger ensemble et se rassembler
- Partager un moment convivial autour d'un goûté et s'exprimer : circulation de la parole, suites à donner...
- Annonce de la fin de l'accueil et de la fois à venir : continuité
- Se préparer à partir, verbalisation de ce qui va suivre : rentrer à la maison ? faire des courses ?
- Départs échelonnés jusqu'au seuil, prendre le temps de se dire au revoir et à la prochaine fois.

Du côté des professionnels présents, accueillir nécessite une attention de tous les instants. Une attention qui mobilise des valeurs et des outils qui fondent notre pratique (en quelques mots sur la plaquette). L'attention, l'écoute, l'observation. Voilà les outils qui vont nous permettre d'adapter notre posture et nos propositions à chaque instant. Il ne s'agit pas de se positionner comme *professionnel ayant la connaissance* et qui donne des recettes pour être *bon parent*, plutôt d'être là, à la fois pour faire circuler et encourager la parole, mais aussi d'être attentif à ce que les enfants expriment dans le jeu et de le relayer si besoin aux parents présents.

En prenant en compte chaque personne et son vécu, en respectant ses choix et son rythme, en lui offrant un espace d'écoute, un espace transitionnel, un soutien individualisé peut se mettre en place, un accompagnement pluridisciplinaire être engagé...

Ils auront lieu les lundis matins de 10h à 12h pour les plus jeunes accompagnés de leur(s) parent (0-3ans) et les mercredis après-midi de 15h à 17h pour ceux qui découvrent la scolarité (3-7 ans), toujours accompagnés d'un parent.

Le mieux, si vous pensez à une famille que vous rencontrez et que ces accueils pourraient intéresser, c'est de nous passer un coup de fil quelques jours avant pour prévenir de sa venue, il est même possible de l'accompagner si cela peut l'aider à « franchir le seuil ».